

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

360

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 1 juillet 1896, à 1 heure*

PAR

JOSEPH BAREAU

Né à Hautefort (Dordogne), le 1 octobre 1869.



ESSAI SUR LE TRAITEMENT IMMÉDIAT

## DES PERFORATIONS RECTO-VAGINALES INFÉRIEURES

SURVENUES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

*Président : M. TILLAUX.*

*Juges : MM.*  $\left\{ \begin{array}{l} \text{MONOD, professeur.} \\ \text{REMY, PICARD, agrégés} \end{array} \right.$

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

360

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 1 juillet 1896, à 1 heure*

PAR

**JOSEPH BAREAU**

Né à Hautefort (Dordogne), le 1 octobre 1869.



ESSAI SUR LE TRAITEMENT IMMÉDIAT

DES

**PERFORATIONS RECTO-VAGINALES**

INFÉRIEURES

SURVENUES PENDANT L'ACCOUCHEMENT



*Président : M. TILLAUX.*

*Juges : MM.*

|   |                       |
|---|-----------------------|
| { | MONOD, professeur.    |
|   | REMY, PICARD, agrégés |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

**PAUL DELMAR**

29, Rue des Boulangers, 29

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Doyen. . . . .                                                             | M. BROUARDEL.  |
| Professeurs. . . . .                                                       | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                          | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                      | CH. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                                | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                      | N.             |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                              | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                            | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                               | { DIEULAFOY.   |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                           | { DEBOVE.      |
| Anatomie pathologique . . . . .                                            | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                       | CORNIL.        |
| Opérations et appareils . . . . .                                          | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie . . . . .                                                    | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                                | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                          | LANDOUZY.      |
| Médecine légale. . . . .                                                   | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                       | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                             | LABOULBENE.    |
| Clinique médicale. . . . .                                                 | { STRAUS.      |
|                                                                            | { G. SÉE.      |
|                                                                            | { POTAIN.      |
|                                                                            | { JACCOUD.     |
|                                                                            | { HAYEM.       |
| Maladie des enfants. . . . .                                               | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des<br>maladies de l'encéphale . . . . . | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et sy-<br>philitiques. . . . .              | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système<br>nerveux . . . . .                      | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                             | { DUPLAY.      |
|                                                                            | { LE DENTU.    |
|                                                                            | { TILLAUX.     |
|                                                                            | { BERGER.      |
| Clinique des malad. des voies urinaires . . . . .                          | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                          | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement . . . . .                                          | { TARNIER.     |
|                                                                            | { PINARD.      |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

## Agrégés en exercice.

|             |             |               |              |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NELATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTER        | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEY        | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETTNERER     | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PERE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine,  
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité  
Commandeur de la Légion d'Honneur.

## INTRODUCTION.

Avant de commencer l'exposé de notre thèse, nous avons à accomplir des devoirs de reconnaissance et nous en acquittons avec plaisir.

M. le docteur Faisans, qui a été notre maître pendant un an à l'hôpital de la Pitié, a toujours joint à ses excellents conseils la bienveillance la plus grande ; nous le prions d'accepter ici l'hommage de notre reconnaissance.

Nous remercions aussi bien vivement M. Lejars, autant pour son brillant enseignement que pour la sympathie qu'il nous a toujours prodiguée.

M. Bar, dont nous avons longtemps suivi les leçons à l'hôpital Saint-Louis, a été pour nous non-seulement un chef savant, mais un maître bon et dévoué auquel nous sommes très heureux d'exprimer notre sincère attachement. Nous n'oublierons pas non plus nos autres maîtres dans les hôpitaux.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

## ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les solutions de continuité du vagin peuvent être :

1° Primitives ;

2° Secondaires.

Elles sont primitives quand elles apparaissent avec leurs caractères distinctifs immédiatement après l'accouchement.

Elles sont secondaires lorsqu'elles succèdent à l'élimination de plaques de sphacèle résultat de contusions ou de compressions prolongées, et se produisent alors plus ou moins tardivement, pendant le post partum.

Les premières seules sont susceptibles d'un traitement immédiat, pour traiter les autres il faut, tout au moins, attendre que la séparation soit complète entre le mort et le vif, que l'eschare soit éliminée.

Nous n'avons l'intention d'étudier ici que les solutions de continuité primitives, lorsqu'elles se produisent pendant un accouchement normal ou dystocique; nous dirons seulement un mot des autres.

Les causes de solutions de continuité primitives sont complexes et multiples. M. Sablé, dans sa thèse, classe les différents facteurs étiologiques sous les trois chefs suivants :

1° Déchirures pendant l'accouchement spontané avec des organes génitaux normaux ;

2° Déchirures pendant l'accouchement spontané avec anomalie des organes génitaux ;

3° Déchirures pendant les interventions obstétricales.

Les déchirures pendant l'accouchement spontané avec des organes génitaux normaux peuvent se montrer dans plusieurs circonstances tenant soit aux antécédents de la femme, soit à l'utérus, soit au fœtus.

Chez la mère une cause importante est la primiparité. Rien n'est plus fréquent que la production de déchirures plus ou moins étendues du périnée et de l'entrée du vagin chez les femmes qui viennent d'accoucher pour la première fois. La fréquence de ces déchirures vagino-périnéales chez les primipares tient à ce que chez elles la souplesse du vagin est moindre ainsi que la laxité, qu'elle ne l'est chez les multipares. Il en résulte que les parois résistent moins bien à l'énorme distension que réclame le passage du fœtus. La primiparité est encore plus nocive lorsqu'elle coïncide avec un âge avancé chez la mère. Avec l'âge le vagin perd de sa tonicité, de son élasticité surtout et acquiert un degré plus ou moins marqué de rigidité qui le rend encore moins extensible.

Liebman (*Zeitschrift. für. geb. und gynæcol.* Band 1, Heft 2), donne les statistiques suivantes :

Jusqu'à 20 ans la proportion des déchirures vaginalo-périnéales est de 27,9 0/0 de 21 à 25, de 28, 7 0/0; de 26 à 30 de 51,4 0/0 et au-dessus de 30 ans elle atteint 53,8 0/0.

Fasbender donne des chiffres assez voisins des précédents.

C'est surtout sur le segment inférieur que porte cette rigidité; aussi la déchirure reste-t-elle en général localisée à cette partie; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle devient assez étendue pour intéresser toute la hauteur du vagin.

Freund pense que ces délabrements considérables surviennent surtout chez les très vieilles primipares de 45 ans et plus chez lesquelles il n'est pas très rare de voir la rigidité s'étendre jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Les contractions utérines lorsqu'elles sont aidées puissamment par l'effort maternel jouent aussi un grand rôle. En déterminant une expulsion un peu trop rapide du fœtus elles ne laissent pas à l'anneau vulvo-vaginal le temps de développer toute son élasticité, d'où sa rupture. Comme le dit M. Budin dans sa thèse d'agrégation (1878), « les orifices vivants peuvent se dilater à un degré parfois extraordinaire lorsqu'on les distend lentement; ils se déchirent, au contraire, avec la

plus grande facilité quand on agit sur eux d'une façon trop brusque ».

Comme la rapidité de la période d'expulsion est d'autant plus grande que la tête est plus petite, on s'explique jusqu'à un certain point les résultats, en apparence paradoxaux, auxquels sont arrivés Fasbender, Liebman et Ecker. Les statistiques de ces auteurs démontrent que les déchirures vagino-périnéales sont plus fréquentes quand les dimensions de la tête sont moindres qu'à l'état normal.

Le séjour prolongé de la partie foetale dans l'excavation, par suite des troubles vasculaires qui se produisent en ces circonstances, par l'infiltration du périnée, l'œdème de la vulve diminue l'élasticité de ces régions.

De plus, leur résistance est également amoindrie au point que leur friabilité a été, avec juste raison, comparée à celle de l'amadou.

Les causes de déchirures du vagin tenant à l'enfant peuvent se résumer en ces mots : Excès de volume de la présentation. Cet excès de volume peut être dû aux dimensions exagérées du fœtus, à l'hydrocéphalie, aux tumeurs, aux monstruosités, etc.

M. Auvard (Mémoire d'obstétrique), attache une certaine importance à la déflexion prématurée de la tête soit spontanée, soit due à une ma-

nœuvre maladroite. Dans ces cas, ce n'est pas le sous-occiput qui se met en rapport avec la symphyse pubienne; mais un point plus ou moins rapproché de la fontanelle postérieure. La conséquence est que la tête de l'enfant, au moment de son dégagement, se présente suivant des diamètres bien supérieurs aux diamètres sous-occipitaux.

C'est par un mécanisme analogue que se produisent les déchirures de l'extrémité inférieure du vagin dans les dégagements de la tête en une position oblique ou en occipito-sacrée.

Les présentations vicieuses : front, face, tronc, l'ossification trop prononcée des os du crâne, les présentations compliquées de procidence des membres sont autant de causes qui aident puissamment à la déchirure, soit par l'amincissement et la distension extrêmes auxquels elles soumettent le vagin, soit par les compressions inégales qu'elles produisent sur les parois de ce canal.

Dans la seconde division M. Sallé classe les déchirures par anomalie des organes génitaux qui sont :

- L'étroitesse congénitale du vagin,
- L'étroitesse pathologique du vagin,
- Les modifications du canal pelvien.

Il est évident qu'on ne saurait étudier au point de vue obstétrical, étant donné le cadre que nous nous sommes tracé, les atrésies extrêmes du vagin

qui font que cet organe n'existe plus qu'à l'état de vestige, ni ces autres malformations dans lesquelles le vagin se trouve cloisonné dans le sens de sa hauteur. Disons seulement que ces curiosités anatomiques peuvent devenir la cause de graves complications pendant le travail de l'accouchement.

Nous dirons seulement un mot du vagin infantile. Ces vagins trop courts, trop étroits, manquant d'étoffe ne sont pas seulement intéressants à étudier à cause des complications dont ils peuvent être le siège pendant l'accouchement, mais ils le sont encore parce qu'ils sont liés fréquemment à un arrêt de développement qui s'étend aux différents organes contenus dans toute l'excavation et même à l'individu tout entier.

Le vagin, en particulier, court, étroit, se prête mal à la dilatation. Le cul-de-sac postérieur est sans profondeur, il forme comme une sangle résistante qui bride et arrête le doigt, lorsque celui-ci cherche à atteindre le promontoire ; aussi, dans ce cas, Freund recommande-t-il d'avoir recours au toucher rectal si l'on tient à bien explorer la paroi postérieure du bassin.

Dans ces cas, en outre, le bassin est généralement rétréci, le rectum peu développé ; la cloison recto-vaginale est mince et peu résistante.

Les vagins pathologiques se déchirent encore

plus facilement surtout s'il s'agit d'une dégénération cancéreuse soit primitive, soit consécutive, à un cancer du col utérin.

D'après Freund la première cause qui vient ensuite est la rigidité cicatricielle. Les cicatrices vicieuses du vagin résultent le plus souvent d'accouchements antérieurs ; mais on peut encore les observer à la suite du traitement des fistules vaginales, de l'extirpation des grands kystes vaginaux, de traumatismes. Leur influence fâcheuse n'est pas la même dans tous les cas, elle varie avec leur siège, leur direction, leur étendue et surtout leur épaisseur.

Habituellement ces cicatrices se déchirent sous l'influence des contractions ; mais parfois elles déterminent une atrésie si marquée du canal vaginal qu'elles rendent l'accouchement impossible et obligent l'accoucheur à pratiquer des incisions.

Les déchirures dues à cet ordre de causes peuvent être très étendues, elles déterminent parfois des complications importantes, la déchirure de la vessie ou du rectum par exemple et peuvent être suivies de mort.

Les inflammations périvaginales anciennes jouent aussi un rôle important dans l'étiologie des déchirures du vagin. Elles agissent en donnant lieu à des indurations qui fusionnent les pa-

rois vaginales avec les tissus sous-jacents et leur enlèvent toute indépendance.

Dans ces conditions le vagin ne pouvant plus glisser sur les organes qui l'entourent, et étant dans l'impossibilité de déplacer à chaque instant le point d'application des pressions exercées sur lui par le fœtus se trouve dans les meilleures conditions pour se rompre.

La syphilis prédispose à la déchirure de plusieurs façons. Indépendamment des diverses manifestations qu'elle peut engendrer sur le vagin, elle agit encore, comme le pense Mathews Duncan, en modifiant la vitalité des tissus vaginaux qui deviennent moins souples, moins résistants qu'à l'état normal.

Nous avons noté l'œdème par compression, nous pouvons ajouter ici l'œdème des albuminuriques. La vaginite granuleuse, les végétations et les varices n'agissent qu'en diminuant la résistance des tissus ; elles ne mettent guère d'obstacle à l'expulsion du fœtus.

Les modifications du canal pelvien sont :

Les angusties pelviennes qui s'opposent à la descente de la partie fœtale, la maintiennent au-dessus du détroit supérieur, en s'opposant à sa descente deviennent la cause de rupture spontanée des culs-de-sac vaginaux.

La saillie du promontoire est une cause frè-

quente, plus fréquente qu'on ne croit d'après Veit, de perforations spontanées portant, suivant les cas, tantôt sur le col de l'utérus, tantôt sur le cul-de-sac postérieur du vagin.

M. Guyon a montré qu'il existe assez fréquemment sur la face postérieure de la symphyse une crête osseuse médiane, saillante qui peut produire, le long de l'urèthre, de longues éraillures de la muqueuse vaginale.

Dans les bassins cyphotiques les épines sciatiques anormalement rapprochées forment des saillies aiguës qui, souvent, donnent lieu à des perforations ou à des déchirures longitudinales du vagin. M. Budin en a rapporté un exemple.

De même peuvent avoir une action nocive, les saillies qui donnent au bassin l'aspect dit épineux. Notons en passant les tumeurs pelvi-génitales de l'excavation qui agissent comme les malformations pelviennes en comprimant les tissus vaginaux entre deux plans résistants, la partie fœtale d'une part et la tumeur de l'autre.

Plus fréquemment peut-être que les causes précédentes, les interventions sont une cause de déchirure du vagin.

Pendant la version, la déchirure peut se produire soit pendant l'introduction de la main, soit pendant l'extraction du fœtus.

Au premier mécanisme se rattachent les dé-

chirures du fond du vagin, au second les ruptures de la région périnéo-vaginale ou de la cloison recto-vaginale.

Le forceps peut produire une déchirure du vagin : 1° pendant leur introduction si elles sont poussées violemment ou maladroitement ; 2° en dérapant brusquement il peut faire une échappée qui laboure profondément les tissus maternels ; 3° par l'augmentation du volume de la partie fœtale qu'il produit en s'ajoutant à elle ; 4° en augmentant la rapidité d'expulsion ; 5° par les prises irrégulières qui rendent imparfaite la coaptation des cuillers ; 6° pendant la déflexion, quand elles débordent la tête ; 7° en empêchant la réduction des diamètres et le mouvement de bascules qui fait passer l'une après l'autre les bosses pariétales.

Le céphalotribe, le basiotripe, les crochets peuvent dilacérer directement le vagin ou produire des esquilles osseuses qui agissent d'une manière tout aussi dangereuse.

Le toucher digital brutal, la délivrance artificielle sont également notés.

La symphyséotomie, ainsi que M. Jorand l'a mis en évidence dans sa thèse, est également une cause fréquente de déchirures du vagin ; nous n'insisterons pas sur ce point parce qu'elles siègent en général sur la paroi antérieure.

Nous ne parlons pas des solutions de continuité

secondaires que nous ne croyons guère justiciables d'un traitement immédiat; elles sont consécutives à la chute d'eschares.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La classification anatomo-pathologique la plus simple divise les déchirures du vagin en

- 1° perforations ;
- 2° déchirures transversales ;
- 3° déchirures longitudinales.

Les perforations de la cloison recto-vaginale sont celles qui nous intéressent le plus spécialement. Ne sont pas justiciables du procédé opératoire que nous avons l'intention d'exposer, les déchirures des culs de sac, les déchirures très haut situées ou celles de la paroi antérieure. Nous avons donc surtout en vue les communications accidentelles survenant au moment de l'accouchement entre le vagin et le rectum, siégeant à peu de distance du périnée intact. Quand il y a déchirure complète du périnée, le procédé est le même pour le traitement; mais ce fait est trop bien connu pour que nous ayons à nous en occuper spécialement.

Les déchirures transversales siègent surtout à l'extrémité supérieure du vagin ; elles peuvent être traumatiques ou spontanées.

Dans les déchirures spontanées, la rupture se produit à l'union du col et du vagin et a une direction transversale. Les déchirures traumatiques ont, au contraire, plus souvent une direction oblique. Ces déchirures peuvent occuper l'un ou l'autre des culs de sac, ou produire une désinsertion totale de l'utérus.

Le péritoine peut n'être pas toujours déchiré, que la solution de continuité soit régulière ou irrégulière.

Les déchirures longitudinales spontanées siègent exceptionnellement sur la paroi antérieure, plus fréquemment sur la paroi postérieure, rarement sur la ligne médiane, ordinairement sur les parties latérales des colonnes du vagin ; les colonnes vaginales augmentent, en effet, considérablement la résistance des parties médianes des parois antérieure et postérieure.

Quant aux effractions opératoires, elles sont variables dans leur siège suivant le point atteint par l'instrument traumatisant.

La profondeur des déchirures longitudinales est variable, parfois il n'y a qu'une simple éraillure, parfois elles s'étendent jusqu'au squelette.

Elle peuvent être simples, doubles ou multiples, siéger sur la partie supérieure, moyenne ou inférieure du vagin ; leur longueur n'est pas moins variable.

Les perforations (Sallé : Th. Paris) prennent naissance suivant deux processus différents. Les unes apparaissent plusieurs jours après l'accouchement ; elles succèdent à la chute de portions de tissus sphacelés. Elles ont pour siège habituel la cloison vésico-vaginale et sont un des modes les plus fréquents de production de fistules vésico-vaginales.

Celles dans lesquelles la perforation est immédiate sont le résultat d'une intervention opératoire ou de l'action nocive des saillies osseuses du bassin.

Lorsque la perforation est due à une saillie osseuse du bassin, il n'est pas rare de constater, après l'accouchement que la lésion ne correspond pas toujours au niveau de l'épine qui l'a produite, mais s'en trouve plus ou moins éloignée.

Dans ces circonstances la plaie, au lieu de consister en un simple trou qui perce le vagin de part en part, est représentée par un canal fistulant plus ou moins long.

D'après Freund, ce défaut de parallélisme entre la saillie osseuse et la plaie vaginale doit être attribué au glissement du vagin.

Les perforations peuvent donner lieu à des fistules uretéro-vaginales, vésico-vaginales, uréthro-vaginales, uréthro-cervico vaginales (Verneuil).

Les fistules recto-vaginales du traitement desquelles nous allons nous occuper sont bien moins fréquentes que les précédentes. Lorsqu'elles intéressent la partie moyenne du vagin, elles sont habituellement la conséquence immédiate d'un traumatisme produit par l'extrémité des cuillers du forceps, des céphalotribes. Au contraire, quand elles siègent près de la vulve, elles sont presque toujours la continuation d'une déchirure complète du périnée.

## TRAITEMENT

Avant de passer aux traitements divers proposés pour la cure immédiate des perforations recto-vaginales, nous croyons utile de résumer brièvement les différents traitements employés contre les fistules recto-vaginales. Nous nous demanderons ensuite si ces traitements sont applicables à la guérison des déchirures traitées immédiatement, et s'il n'existe pas des procédés plus simples et peut-être plus efficaces applicables à ces derniers cas.

Quant à la symptomatologie des perforations recto-vaginales elle peut se résumer en deux mots : Passage des matières fécales dans le vagin : constatation de la perforation par l'examen direct avec le doigt ou un instrument étroit (sonde, sonde cannelée, etc.) Elle ne mérite pas que nous nous y arrêtions.

*A. Traitement des fistules recto-vaginales.*

Les chirurgiens admettent en général que certaines fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie peuvent guérir spontanément et qu'on doit attendre un certain temps avant de songer à opérer des fistules qui reconnaissent une telle étiologie. M. Segond a observé trois cas, M. Clado en a vu deux ; mais dans les cas de M. Clado en particulier, l'écoulement de matières stercorales par le vagin apparut, dans un cas au 8<sup>e</sup> jour, dans l'autre au 14<sup>e</sup>. A ce moment la plaie opératoire était en voie de cicatrisation, la barrière fermée à l'infection, il était donc rationnel d'attendre. Mais nous ne pensons pas que, quand un chirurgien ouvre le rectum au cours d'une hystérectomie, il s'abstienne systématiquement de suturer l'ouverture qu'il a faite contre sa volonté.

De même, lorsque chez une accouchée il se produit, par la chute d'une eschare une perforation de la cloison recto-vaginale. Huit ou dix jours après l'accouchement, alors que la plaie utérine est plus ou moins fermée, nous pensons qu'il serait rationnel d'attendre, si les lésions ne donnent lieu à aucun accident indiquant qu'une intervention serait urgente.

Mais lorsque l'accoucheur constate immédiatement après l'extraction ou l'expulsion du fœtus, avant ou après la délivrance l'existence d'une perforation faisant communiquer le rectum avec le vagin, nous sommes porté à croire qu'il est indiqué de traiter immédiatement la déchirure de la cloison.

Ce traitement immédiat, s'il est bien fait, et si les tissus ne sont pas trop contus, ne sont pas condamnés au sphacèle aura l'avantage de fermer la voie aux matières stercorales, de les empêcher de pénétrer dans le vagin où leur présence pourrait être une cause d'infection par les nombreux microbes qu'elles contiennent, en particulier par le *bactérium coli*. En admettant que le traitement immédiat ne donne pas un résultat parfait, on aura ainsi d'une part, empêché momentanément le passage des matières fécales par l'orifice. Cet écoulement n'aura lieu qu'après l'ablation des sutures ou la chute des eschares, c'est-à-dire alors que la cavité utérine sera considérablement diminuée, ses sinus fermés, sa plaie en voie de cicatrisation. On pourra alors attendre, à moins que des signes d'infection apparaissent.

Avant d'étudier ces déchirures recto-vaginales inférieures, nous croyons utile de résumer ici les différents traitements proposés pour les fistules

de même siège. Nous trouvons, sur ce chapitre des renseignements précieux dans la thèse de M. Bilbilis (Paris 1895) à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Le siège de ces fistules en permet une explosion facile, leurs dimensions sont ordinairement restreintes et pourtant le traitement direct de l'orifice fistuleux, c'est-à-dire l'avivement et la suture, ne donnant qu'une surface d'avivement insignifiante n'est pas le procédé de choix. Les méthodes indirectes sont préférées, qui compriment ces perforations dans un large avivement du périnée.

Le traitement varie suivant que le périnée est intact ou déchiré.

1° Si le périnée est déchiré, l'opération revient à une large périnéorrhaphie. D'un coup de ciseau l'opérateur sectionne le pont périnéal restant entre la fistule et l'anوس et se trouve ainsi en présence d'une déchirure complète. Les procédés employés le plus souvent sont ceux de Simon Hégar, Richet, Emmet et Lawson Tait. Tous ces procédés comprennent deux temps principaux : l'avivement et les sutures.

Le premier temps a sa raison d'être dans ce fait, que quand ces fistules sont opérées, la cicatrisation de la plaie qui résulte de la déchirure du

périnée est complète. Qu'on fasse l'avivement en forme de papillon d'Emmet et Simon Hégar, l'incision curviligne de Richet ou le procédé du doublement de Lawson Tait, le but recherché est toujours le même : L'obtention de deux surfaces avivées et qu'on puisse accoler transversalement.

Dans la déchirure récemment produite au cours d'un accouchement, lorsqu'on a recours au traitement immédiat, ce premier temps n'existe plus. Le périnée fraîchement déchiré, les bords de la perforation recto-vaginale non organisés n'ont pas besoin d'être avivés. Tout au plus y aura-t-il lieu de régulariser un peu les surfaces à coapter, de réséquer quelques lambeaux minces et larges et qui pourraient s'opposer à une réunion parfaite.

Si entre la déchirure de la cloison qui fait communiquer le rectum avec le vagin et la déchirure du périnée il reste un pont membraneux comprenant seulement la muqueuse rectale ou anale, ou un pont musculo-membraneux contenant en outre le sphincter, y a-t-il intérêt à sectionner ce pont avant de procéder aux sutures, à la fermeture de la déchirure et à la restauration du périnée? Nous ne le pensons pas. Il ne s'agit pas dans ces cas de déchirures récentes, d'aller aviver avec

plus ou moins de peine les bords de la fistule au-dessus de ce pont qui persiste, les surfaces sont saignantes, toutes prêtes pour l'affrontement, la section de cette portion intermédiaire à la perforation recto-vaginale et au périnée ne faciliterait en rien le placement des sutures, n'augmenterait nullement les chances de réussite de l'opération.

Dans les procédés complexes, avec des sutures suivant deux ou trois directions, il peut y avoir des fils noués non seulement sur le périnée, mais encore dans le vagin et même le rectum. C'est ce qui a eu lieu par exemple lorsqu'on fait la périnéorrhaphie suivant le procédé de Simon Hegar. Ces procédés sont-ils applicables pendant le post-partum, sont-ils plus ou moins avantageux, sont-ils plus ou moins dangereux que les procédés plus simples dans lesquels des sutures sont placées en dehors de ces cavités, sur le périnée seulement?

Nous pensons qu'après l'accouchement le procédé de choix est le procédé le plus simple. Il est bien admis aujourd'hui par les accoucheurs en général que les déchirures du périnée traitées immédiatement après l'accouchement guérissent parfaitement par l'application de quelques fils, pourvu que ces fils comprennent une assez grande épaisseur de tissus, et autant que possible pas-

sent dans la cloison recto-vaginale au-dessus de la déchirure.

C'est qu'en effet après l'accouchement la femme a des lochies, c'est-à-dire un écoulement plus ou moins abondant qui constitue un milieu favorable au développement de micro-organismes divers. Lorsque des fils sont placés sur la muqueuse vaginale, les orifices et les trajets ont de grandes chances pour s'enflammer ; alors les fils coupent les tissus œdématisés, et le résultat n'est pas aussi favorable qu'on l'aurait désiré.

Lorsqu'un chirurgien a à intervenir dans un cas où le périnée est intact ou simplement relâché, pour opérer une fistule recto-vaginale, il peut recourir à divers procédés :

Lorsque la fistule est bas située, même si le périnée est intact, nombre de chirurgiens n'hésitent pas à fendre le périnée et à traiter la fistule comme une déchirure complète par l'un des procédés de périnéorrhaphie que nous avons signalés plus haut. Cependant, c'est là un sacrifice important, et l'on comprend que beaucoup de chirurgiens tentent d'abord de restaurer la fistule par une opération qui respecte le périnée.

Les procédés employés sont multiples : Sanger fait au périnée une section transversale, puis il décolle le rectum du vagin. Ce décollement est

conduit à environ un centimètre au-delà de la fistule, les deux orifices rectal et vaginal sont ainsi rendus indépendants : Sanger les suture séparément avec de la soie à points perdus. Il emploie la suture de Lauvensten. La brèche périnéale est ensuite suturée comme dans le procédé de Lawson Tait.

Schauta (*Verhandlungen der deutsch gevel f. gynecol*, 1886, p. 282), dans les cas où le périnée est simplement relâché, commence par faire une colpo-périnéorrhaphie par le procédé de Hégar. Il taille donc un grand lambeau triangulaire au milieu duquel se trouve la fistule dont l'orifice vaginal se trouve ainsi supprimé. Il réunit les bords de l'orifice rectal par des points perdus au catgut, puis il termine la colpopérinéorrhaphie, par des sutures superficielles et profondes à la soie du côté du vagin et du périnée.

Chrobak (*Wiener médical Blatte* 1887) déclare avoir obtenu de bons résultats de ce procédé.

On peut aussi avoir recours, de même que dans les fistules haut placées, fistules recto-vaginales supérieures à d'autres méthodes qui sont :

La méthode d'avivement et de suture. L'avivement est fait profondément en disséquant le revêtement du trajet jusqu'au niveau du rectum. Les sutures vont jusqu'à la muqueuse rectale et che-

minent sur toute l'étendue de la plaie qui a la forme d'une entonnoir. On passe ensuite les sutures superficielles comprenant seulement la muqueuse et alternant avec les précédentes. Ce n'est que quand ces sutures superficielles sont nouées, qu'on serre les sutures de soulèvement. La ligne de suture est disposée dans le sens où il y aura le moins de tiraillement.

Dans la méthode de Félizet ou de dédoublement sans sutures, la paroi recto-vaginale est dédoublée par le périnée jusqu'au-delà de la fistule de façon à dépasser le trajet de quelques millimètres. Il résulte de ce premier temps opératoire deux fistules : l'une vagino-périnéale, l'autre recto-périnéale. Filizet incise alors toute la paroi rectale y compris le sphincter : de cette façon le vagin communique non plus avec le rectum, mais avec une tranchée indépendante qui se comble plus tard comme un trajet de fistule anale.

Quénu a employé le même procédé ; mais il suture les orifices rectal et vaginal de la fistule. La brèche périnéale est maintenue béante avec des mèches de gaze iodoformée. De cette façon, même si la suture rectale vient à échouer, l'intestin ne communique plus avec le vagin, mais avec la brèche périnéale qui devient alors, comme

dans le procédé de M. Félizet, un trajet de fistule anale qu'on traitera comme tel.

Sanger emploie une méthode dite autoplastique par dédoublement.

Dans un premier temps l'index gauche est introduit dans le rectum et le champ opératoire mis à découvert par des pinces à crémaillère. Une incision verticale dépassant la fistule en haut et en bas de un centimètre et demi environ est pratiquée sur la ligne médiane et va jusqu'au rectum. Les lambeaux vaginaux sont décollés autour de la fistule à une profondeur de 2 à 5 millimètres. Après rétraction des bords de ces lambeaux la fistule se trouve placée au milieu d'une surface dénudée de forme elliptique qu'il s'agit de fermer par des sutures particulières.

La fistule elle-même est fermée par six à huit sutures de soie fine, perdues, placées suivant le procédé de Lauenstein. Puis les deux lambeaux vaginaux sont suturés au-dessus de la fistule par des points profonds au crin de Florence et superficiels à la soie.

Pour suturer la fistule par le rectum, Sanger place la malade, dans la position de Trendelenburg, et dilate le rectum. La suture ainsi mise à nu est suturée sans autre avivement par des points de soie fine.

Le procédé par glissement de Fritsch consiste à tailler un lambeau vaginal qui circonscrit l'orifice de la fistule. Ce lambeau est disséqué, décollé de la muqueuse rectale, la partie qui comprend l'orifice de la fistule est réséquée et la partie restante est attirée comme un pont au-devant de la fistule rectale et suturée à la lèvre inférieure de la plaie produite. Les sutures sont disposées en anses et fixent tout le pourtour de la plaie. La fistule est aussi complètement recouverte. Le professeur Le Dentu a mis en pratique une variété de ce procédé, semblable quant au principe, mais très différente par les détails d'exécution. Il lui a donné le nom de : Autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.

Pour l'appliquer il faut :

1° Introduire dans le rectum l'index de la main gauche recouvert d'un gant en caoutchouc. Cette précaution permet de se servir de cette main au cours de l'opération sans infecter la plaie. La cloison recto-vaginale, repoussée vers le vagin, est ainsi tendue, ce qui facilite beaucoup la dissection.

Avec un bistouri on trace une incision courbe passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule; cette incision traverse une deuxième incision courbe qui devra passer au niveau du bord inférieur de la fistule. La muqueuse vaginale est

avivée dans toute l'étendue du croissant circonscrit par ces deux incisions.

La muqueuse vaginale est ensuite disséquée à partir de l'incision courbe inférieure dans l'étendue d'un bon centimètre au-dessous de la fistule de façon à avoir un lambeau à peu près égal au croissant dénudé.

Lorsque ce lambeau est disséqué et renversé, le chirurgien a sous les yeux une large surface, surface formée d'une part par le croissant de muqueuse vaginale avivée, d'autre part par la dissection du lambeau.

Le point essentiel de l'intervention consiste à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa surface cruentée à la surface avivée située immédiatement et au-dessus, et dans laquelle est creusée la fistule.

Mais pour éviter que, entre la fistule et le bord inférieur du lambeau disséqué, il se forme un cul de sac dans lequel s'accumuleraient les matières fécales passant par la fistule; il est donc de toute nécessité de supprimer ce cul de sac.

Pour cela, en deux coups de ciseaux, on taille un lambeau médian triangulaire, dont la base correspond à la fistule et le sommet à la base du lambeau disséqué. De cette façon, le rectum est large-

ment ouvert au-dessus de la fistule et le cul de sac est supprimé.

La suture doit être faite avec soin, au fil de soie ou de soie fine.

Ils sont passés de la manière suivante : Ces fils étant, par leurs extrémités, enfilés à des aiguilles fines et de courbure moyenne, avec une aiguille, on pénètre à la partie supérieure du lambeau rectal et on sort au niveau de son bord inférieur. On traverse ensuite la base et le sommet du lambeau inférieur avec chacune des deux aiguilles. En tirant sur les deux extrémités du fil et en refoulant en arrière le lambeau, on adapte sa face postérieure cruentée à la surface avivée. Pour maintenir l'adaptation ou les extrémités au moyen de tubes de Galli dont on écrase le plus superficiel ; mais il faut avoir soin de ne pas serrer afin que les tubes de Galli, par suite de la tuméfaction des lambeaux ne se perdent pas dans leur épaisseur en déterminant une ulcération, une perforation.

On peut encore tordre ou nouer les fils par dessus un petit bourrelet de gaze iodoformée. Il faut rejeter entièrement la torsion des fils directement par dessus le lambeau, ce qui empêcherait par le froncement produit, l'étalement des surfaces qui est un des principaux éléments du succès.

M. Segond, dans un cas de fistule recto-vaginale très large et très haut située, a eu recours à la résection de la portion du rectum sous-jacent à la perte de substance, après dissection intrasphinctérienne et sous péritonéale de la paroi rectale. Puis, le chirurgien fit l'abaissement du rectum dont la muqueuse fut suturée à la muqueuse anale conservée. Suture de la brèche vaginale et drainage. La guérison fut parfaite.

M. Segond conclut :

« Le nouveau procédé opératoire que je viens de décrire me paraît digne d'attention. Il m'a donné un résultat merveilleux dans un cas qui n'était justiciable d'aucun des procédés classiques connus, et je le crois susceptible d'être généralisé. Qui peut le plus, peut le moins, et puisque la suppression par abaissement rectal est possible pour une fistule sise au ras du col, il est bien clair qu'on pourra procéder de même avec autant plus d'aisance que la brèche à combler sera plus bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas de lésions périnéales réclamant elles-mêmes d'opération, je ne vois donc pas pourquoi la préférence ne serait pas donnée à cette manière de faire essentiellement sûre. Elle comprend les principaux temps suivants :

- 1° La dilatation de l'anus ;
- 2° La libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal ;
- 3° Le dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessus de la fistule.
- 4° La suture du rectum à l'anus ;
- 5° La suture après avivement de l'orifice vaginal de la fistule par le vagin, au catgut.
- 6° Le pansement : Mèche de gaze iodoformée, dans le vagin, tube de caoutchouc dans le rectum, compresses sur le tout, et bandage en T.

En résumé, les procédés appliqués au traitement des fistules recto-vaginales sont entièrement nombreux, chacun d'eux a ses indications, la plupart, sinon tous, dans des conditions données peuvent fournir et ont donné d'excellents résultats.

Nous n'avons d'ailleurs cité que les plus importants de ces traitements ; beaucoup d'autres encore ont été publiés par des chirurgiens.

#### B. *Traitement des Perforations recto-vaginales*

Ces procédés divers, complexes pour la plupart, ont-ils été appliqués au traitement des fistules recto-vaginales pendant le post-partum ? Nous ne

rapporterons, à ce sujet, que l'observation récente de M. Auvard qui, par le dédoublement de la cloison et la suture a obtenu la guérison d'un cas de cette nature.

Sont-ils applicables au traitement immédiat des perforations recto-vaginales qui surviennent pendant l'accouchement ?

Voyons ce que dit à ce sujet le Dr Sallé dans sa thèse de 1893 sur l'*Etude des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement*. Cet auteur, après avoir dit un mot des moyens préventifs pour le traitement curatif, envisage successivement :

- 1° La rupture des culs de sac vaginant ;
- 2° Les déchirures longitudinales.

Il ne dit pas un mot du traitement spécial aux perforations.

En ce qui concerne les déchirures longitudinales, voici ses conclusions : Avec Freund il pense que toutes les déchirures du vagin doivent être traitées par la suture immédiate.

« Ce procédé, pourvu qu'il soit mis en pratique, ajoute-t-il, sous le couvert de l'antisepsie, est recommandable à tous les points de vue ; grâce à lui, l'hémorrhagie s'arrête, la guérison est rapide et les cicatrices sont évitées. La suture n'est malheureusement pas d'une application facile sur

tous les points du canal vaginal. Pour les déchirures du segment supérieur, elle a l'inconvénient de nécessiter un outillage assez compliqué et, de la part de l'accoucheur, une certaine connaissance de ce genre d'opération.

Mais où elle devient un excellent mode de traitement qui prime tous les autres, c'est quand elle est appliquée aux ruptures de l'extrémité inférieure du vagin. Dans ces cas, son exécution est facile et ses résultats sont souvent parfaits. La suture est d'ailleurs le seul procédé qui puisse donner la certitude d'une réunion complète au cas où l'effraction vaginale est compliquée d'une déchirure périnéale. »

Le procédé auquel on a eu recours dans notre observation est différent des précédents ; le résultat n'en a pas été moins bon. Sans chercher à discuter les avantages qu'il peut donner, nous ferons seulement remarquer sa simplicité qui le met à la portée de tous les médecins appelés à faire un accouchement.

Dans cette observation, la déchirure de la cloison recto-vaginale, produite très probablement par la main introduite pour abaisser les bras siégeait à 3 centimètres environ au-dessus des orifices anal et vulvaire.

Ses dimensions étaient suffisantes pour per-

mettre l'introduction et le passage de l'index du rectum vers la cavité vaginale. Les bords de cette déchirure étaient irréguliers et contus par le passage du fœtus.

Le premier soin fut de faire la délivrance le plus rapidement possible ; puis on put s'occuper de la déchirure de la cloison recto-vaginale.

Sans grande hésitation, il fut décidé que cette perforation devait être comblée immédiatement. Il est probable que les différentes méthodes ordinairement employées pour la cure des fistules recto-vaginales auraient pu donner la guérison. Comme le périnée était intact, il n'était nullement question de le sectionner pour faire ensuite une périnéorrhaphie. Les sutures des bords de la déchirure sur un ou plusieurs plans, avec ou sans dédoublement semblaient seules rationnelles en la circonstance présente.

Mais ces sutures ont quelques inconvénients, qu'elles soient faites par le rectum, voie complètement abandonnée, ou qu'elles soient placées par le vagin, procédé de choix.

En effet, les matières fécales contiennent d'innombrables micro-organismes qui, passant par les orifices et les canaux creusés par les fils vont infecter la plaie et en empêchent la réunion. Par le vagin, le danger est moindre, presque nul même,

en dehors du post partum, on peut alors aseptiser le vagin et le conserver à peu près aseptique pendant que les sutures sont en place. Il en est autrement lorsque l'opération est faite immédiatement après l'accouchement. Le vagin livre alors passage à des liquides abondants qui sont les lochies. Si ces liquides sont ordinairement stériles dans la cavité utérine, dans le vagin ils se chargent de micro-organismes variés qui, dans ces liquides, trouvent un milieu favorable à leur développement et qui exposent fortement à un échec dans une tentative de réunion par première intention. Celle-ci n'a pas fait défaut dans l'observation d'Auvard que nous rapportons ci-dessous mais il faut remarquer qu'au moment où elle fut pratiquée, la femme en était déjà à une période où l'abondance des lochies est considérablement diminuée. Or il est admis aujourd'hui qu'une des conditions les plus importantes pour l'obtention de la réunion par première intention est le pansement sec, défavorable à la pullulation des micro-organismes avantageux pour l'épidermisation.

Dans ce cas donc, il fallait dans la mesure du possible faire en sorte que la déchirure fut comblée sans que les fils, moyens de coaptations, pussent s'infecter.

Pour arriver à ce résultat, voici quel procédé fut employé :

La femme étant dans la position obstétricale, les jambes maintenues par deux aides, l'index de la main gauche dans le rectum, le pouce dans le vagin, au dessus de la déchirure, une aiguille d'Emmet fut enfoncée dans le périnée, à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane. Elle fut ensuite introduite profondément de façon à passer dans la cloison recto-vaginale à 1 centimètre environ au dessus de la perforation ; puis, continuant son chemin, cette aiguille vint ressortir en un point symétrique à son point d'entrée, dans le périnée. Deux crins de Florence furent alors passés simultanément à l'aide de cette aiguille, et fixés à leurs extrémités à l'aide de deux pinces à forcipressure.

Cette première suture étant placée, un deuxième crin double fut introduit de la même façon à un centimètre environ en arrière du premier et l'aiguille fut dirigée à travers la cloison recto-vaginale de façon à passer à 5 ou 6 millimètres seulement au-dessus de la perforation,

En somme, ces fils placés comme les fils profonds dans la périnéorrhaphie par la méthode de d'Emmet ne passaient ni dans le rectum, ni

dans le vagin. Il ne pouvait donc s'infecter ni par l'une ni par l'autre de ces voies.

Ces fils devaient être fixés de façon à constituer une suture enchevillée, attirant de haut en bas le bord supérieur de la déchirure et l'appliquant sur la lèvre inférieure.

Mais auparavant, afin d'empêcher le recroquevillement des bords, et l'interposition de petits lambeaux de muqueuse vaginale entre les lèvres, qui en auraient empêcher la réunion, trois points de suture très superficiels au catgut, comprenant à peine l'épaisseur de la muqueuse vaginale, furent placés verticalement de façon à amener une coaptation parfaite des lèvres vaginales de la perforation. Ensuite, les sutures périnéales furent fixées sur deux morceaux de sonde en gomme, les deux crins antérieurs noués ensemble, puis les deux postérieurs. Ces points serrés fortement ne devaient pas couper le périnée, puisque la pression ne s'exerçait sur les tissus que par l'intermédiaire d'un corps rond, épais, lisse.

Pendant les nuits de couches il n'y eut rien de spécial à noter. La femme reçut des injections vaginales deux fois par jour. Les sutures au catgut étaient tombées le sixième jour, l'affrontement à ce moment semblait déjà excellent.

Les sutures du périnée furent enlevées le

dixième jour seulement. Elles avaient été parfaitement tolérées. Après leur ablation aucune exploration immédiate leur fut pratiquée. Des lavages de la vulve furent seulement continués, ainsi que des injections vaginales.

Au quatorzième jour la femme fut mise en travers du lit, les grandes lèvres écartées et le siège de la perforation exploré avec soin. La réunion était parfaite; un stylet fut promené dans tous les sillons transversaux de la colonne postérieure du vagin. En aucun point il y avait communication. La cicatrice elle-même cachée au fond d'un de ces plis n'était que difficilement visible.

Le lendemain de la rupture cette femme avait pris de l'opium à dose fractionnée (dix centigrammes chaque jour en dix pilules à une heure d'intervalle chacune). Cette médication ne l'empêcha pas d'avoir une selle le surlendemain, et de la diarrhée les jours suivants. Comme on le voit, cet accident n'eut aucune influence néfaste sur la guérison de la perforation recto-vaginale.

Si nous examinons et discutons les différents temps de ce procédé, et qui sont au nombre de deux seulement:

1<sup>o</sup> Passage des fils profonds ;

2<sup>o</sup> Sutures superficielles,

nous voyons qu'en somme, ce procédé est assez rationnel.

Lorsqu'il existe une déchirure incomplète du périnée, les chirurgiens qui complètent la section et font ensuite la périnéorrhaphie par la cure d'une fistule recto-vaginale, se placent en somme, dans des conditions très analogues à celles qui existaient dans ce cas : ils produisent deux surfaces cruentées qu'ils rapprochent ensuite par des sutures passant dans la cloison recto-vaginale et sortant à droite et à gauche dans les parties molles du périnée. Nous ne comprenons pas quel obstacle pourrait s'opposer à la réunion des lèvres d'une déchirure sus-périnéale par l'emploi d'un procédé qui donne de si bons résultats lorsque, outre la déchirure de la cloison il y a une section du périnée. En somme, le chirurgien est, dans les deux cas, dans des conditions très analogues, puisqu'il affronte deux surfaces vives en prenant soin qu'aucun fil ne soit disposé de façon à être une cause d'infection de la plaie,

Le seul point qui pourrait paraître un peu délicat est l'affrontement. Il est bien certain que si on ne plaçait que ces fils profonds, les bords de la déchirure pourraient se replier de telle sorte qu'on endosserait à elles-mêmes les muqueuses vaginale ou rectale. C'est afin d'éviter ce recroque-

villement que nous croyons utile de placer sur la muqueuse vaginale quelques fils superficiels, Dans les cas que nous rapportons, ces fils furent disposés sous forme de points séparés, aussi superficiels que possible, faits au catgut. Ils ne comprenaient que l'épaisseur de la muqueuse vaginale. De cette façon, en admettant que par le vagin le trajet de ces fils se fût infecté, il n'y aurait eu ainsi qu'un inconvénient minime, qu'une supuration extrêmement superficielle ne s'opposant pas à la réunion dans la profondeur.

Quant à la largeur de la surface d'affrontement nous la croyons suffisante. En ce point, en effet, la cloison recto-vaginale a une épaisseur très notable et dans le cas auquel nous faisons allusion, augmentée encore par la congestion, elle n'avait pas moins de cinq millimètres d'épaisseur.

Est-ce à dire que ce procédé soit applicable aux déchirures haut placées, du tiers supérieur du vagin, par exemple ? Nous ne le pensons pas.

En effet, dans notre observation un point important est la fixité de la lèvre inférieure de la plaie. Celle-ci, située à trois centimètres et demie au-dessus du périnée, était fixe, solidement soutenue, de telle sorte que les points de suture profonds pouvaient appliquer vigoureusement l'un contre l'autre, les deux bords cruentés.

A la partie supérieure du vagin, au contraire, en admettant que le cul-de-sac péritonéal ne fut pas ouvert et où, par conséquent, la crainte d'une péritonite serait éliminée, la paroi vaginale serait trop mobile, trop dépressible pour que ces sutures puissent avoir une action vraiment efficace.

En somme, ce procédé serait surtout avantageux dans le traitement des perforations recto-vaginales inférieures dans les cas où le périnée est intact.

Voici maintenant une observation de M. Auvard qui démontre la possibilité et l'utilité du traitement des fistules recto-vaginales pendant le post partum, lorsqu'elles déterminent des accidents.

Nous relaterons ensuite l'observation inédite qui a été le point de départ et la base de ce travail.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

*Fistule recto-vaginale opérée pendant le post-partum :*

Auvard (*Archives de Tocologie et de gynécologie*,  
Septembre 1895.)

Observation recueillie par Mlle Thuret, aide-sage-femme du service.

La nommée Vivet, domestique, âgée de trente-trois ans, entre le 30 juillet 1895 à la Maternité.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants bien portants ; frère et sœurs jouissant également d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Cette femme est d'une bonne constitution.

Sa première grossesse a eu lieu à l'âge de 22 ans et s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, mort à l'âge de sept ans d'une méningite. A ce premier accouchement elle était assistée par une sage-femme ; il n'y a eu aucune complication.

Sa deuxième grossesse a eu lieu à 31 ans ; rien de

particulier au cours de celle-ci. Arrivée à terme, cette femme accouche seule, chez elle, sans assistance ni de sage-femme ni de médecin.

Depuis ce moment, la malade remarque qu'elle perd des matières fécales par le vagin lorsqu'elle a de la diarrhée.

Elle ne consulte personne pour cet accident. 3<sup>e</sup> grossesse ; tout se régularise et la femme remarque qu'elle ne perd plus de fèces par le vagin et elle attribue cette amélioration à la constipation opiniâtre dont elle est atteinte.

Cette femme se présente à la Maternité le 30 juillet 1895. Elle est en travail et l'accouchement ne présente rien de particulier. Enfant vivant, poids 3600 grammes.

A l'examen on constate une fistule recto-vaginale constituant une boutonnière verticale à 3 centimètres au-dessus de l'orifice vulvo-vaginal. Le calibre est tel que l'index s'engage facilement par l'ouverture.

Aussitôt après l'accouchement pas de température.

Le troisième jour des suites de couches 38° de température, dûs vraisemblablement à la stercorémie. On lui administre deux verres d'eau de Sedlitz.

La température redevient normale jusqu'au sixième jour où elle a 39° le soir. Toutes les matières fécales s'échappent par le vagin.

On fait le matin du cinquième jour un lavage vaginal et un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 8<sup>e</sup> jour, M. Auvard opère la fistule :

La malade étant chloroformée et l'asepsie du vagin ainsi que du rectum ayant été pratiquée, M. Auvard dédouble dans toute l'étendue de la fistule les parois vaginales et rectales sur une longueur d'un centimètre environ.

Puis, à l'aide de crin de Florence, agissant par le vagin il accole à elle-même la paroi rectale par six sutures transversales nouées du côté du vagin.

Il en fait autant en accolant à elles-mêmes les deux lèvres de la paroi vaginale, en nouant ces derniers fils du côté de la cavité vaginale.

L'opération finie, M. Auvard s'assure à l'aide d'une injection vaginale que le liquide ne passe plus de la cavité rectale dans la cavité vaginale.

Il introduit ensuite un tampon à la gaze iodoformée.

La température s'abaisse pendant les jours qui suivent.

Dix jours après l'opération, ablation des crins de Florence. On constate alors que la fistule est complètement obstruée.

La femme part le même jour en bon état, le 20 août 1895.

Cette femme présente un triple intérêt :

La pathogénie de la fistule, assez difficile à établir car l'accouchement à la suite duquel elle s'est présentée, a été court, facile et sans intervention puisque la femme était dépourvue de toute assistance.

2° L'opération faite huit jours après l'accouchement, presque au lendemain d'accidents septicémiques sans que les suites opératoires aient été en aucune façon fâcheusement influencées.

3° La simplicité des procédés employés et qui contrastent avec les procédés très complexes qui ont été conseillés dans ces derniers temps.

#### OBSERVATION II

Inédite, due à l'obligeance de M. Ledamany, interne des hôpitaux.

H. B. (cinquième grossesse) entre le 10 avril 1896 à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. Son deuxième accouchement a été provoqué avant terme, de même son troisième. Le quatrième s'est terminé par une basiotripsie.

Sa grossesse actuelle a été normale. Elle entre au commencement de son huitième mois.

C'est une femme de petite taille, rachitique, dont le bassin est rétréci généralement et aplati. Diamètre promonto sous-pubien 10 centimètres  $1/2$ .

Le 12 avril, l'accouchement prématuré est décidé, on commence l'antisepsie vaginale.

Le 15, à 3 h. 45, application d'un ballon de Tarnier qui tombe vers sept heures du soir. On applique alors l'écarteur de Tarnier qui est enlevé deux fois dans le

courant de la nuit, et chaque fois remplacé une heure après.

Il est enlevé définitivement le 16 à 10 h. 30.

A 11 h. 30, le corps étant complètement dilatable et la tête ne paraissant pas devoir s'engager spontanément : Version par manœuvres internes. L'introduction de la main, la saisie du pied et l'évolution du fœtus se font facilement. Au cours de l'extraction, les bras se relèvent sur les côtés de la tête et ne sont abaissés qu'avec beaucoup de peine. Cet abaissement, fait par le procédé ordinaire, l'extraction de la tête est terminée par la manœuvre de Champetier de Ribes et celle de Mauriceau.

La délivrance se fait naturellement au bout de quelques minutes.

Le périnée est intact ; mais on constate l'existence d'une perforation qui fait communiquer le vagin avec le rectum. Cette déchirure est assez grande pour permettre le passage de l'index avec une extrême facilité. Elle siège à 3 centimètres  $1/2$  au-dessus du périnée. Ses bords sont irréguliers et contus. Cette déchirure devait être refermée immédiatement.

La femme fut placée dans la position obstétricale, les jambes maintenues par deux aides. L'index de la main gauche fut alors introduit dans le rectum, le pouce dans le vagin au-dessus de la déchirure, une aiguille d'Emmet fut alors introduite dans le périnée à 2 centimètres de la ligne médiane. Elle fut ensuite introduite profondément de façon à passer dans la

cloison recto-vaginale, à 1 centimètre environ de la perforation. Continuant son chemin, cette aiguille vint ressortir en un point symétrique à son point d'entrée, dans le périnée. Deux crins de Florence furent passés simultanément à l'aide de cette aiguille et fixés à leurs deux extrémités à l'aide de pinces à forcipressure. Cette première suture étant placée, un deuxième crin double fut introduit de la même façon à 1 centimètre environ en arrière du premier et l'aiguille fut dirigée de façon à passer à travers la cloison recto-vaginale à cinq ou six millimètres seulement au-dessus de la perforation et à ressortir en un point symétrique à son point d'entrée :

Avant de serrer les fils sur deux chevilles, afin de bien coapter les lèvres antérieures de la déchirure et de permettre ainsi l'affrontement dans la profondeur, M. Ledamany place trois points de suture très superficiels au catgut sur les lèvres vaginales. Ces points de suture comprennent à peine l'épaisseur du derme de la muqueuse ; ils n'ont pour but que d'empêcher le recroquevillement des bords irréguliers de la déchirure.

Les sutures périnéales furent ensuite serrées sur deux morceaux de soude en gomme comme dans la péri-néorrhaphie.

Tamponnement vaginal léger à la gaze iodoformée, pansement iodoformé sur le périnée.

Le 17, la malade prend dix pilules d'opium de 1 centigramme. T. normal.

Le 18, idem. id.

Le 19, diarrhée abondante :

Des injections vaginales ont été pratiquées deux fois par jour.

Les points au catgut tombent le sixième jour.

L'affrontement semble bon.

Le dixième jour les sutures périnéales sont enlevées mais aucune exploration n'est pratiquée au moment de l'ablation.

Au 14<sup>e</sup> jour : guérison parfaite constatée de visu et par le toucher, un stylet fut même promené dans tous les sillons transversaux de la colonne postérieure du vagin. La cicatrice elle-même cachée en partie au fond d'un de ces sillons était difficilement visible.

Au 18<sup>e</sup> jour, elle part guérie.



## CONCLUSIONS.

Les déchirures de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, avec communication entre le rectum et le vagin sont justiciables d'un traitement immédiat.

Ce traitement aura le double avantage de donner ordinairement une guérison définitive et d'empêcher les matières fécales dans le vagin, ce qui pourrait être une cause d'infection pour la mère.

Une méthode simple et facile de traitement de ces perforations consiste à compter les bords antérieurs par quelques points très superficiels placés sur la muqueuse vaginale et à amener la coaptation dans la profondeur par l'application de quelques fils placés par le périnée, passant dans la cloison recto-vaginale et fixés sur le périnée suivant la méthode de la suture enchevillée.



## BIBLIOGRAPHIE.

AUVARD. — Fistule recto-vaginale opérée pendant le post partum (Archives de Tocologie, septembre 1895).

SEGOND. — Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. (Archives d'obstétrique et de gynécologie, (septembre 1895).

BILBILIS. — Traitement des fistules recto-vaginales (Thèse de Paris 1895).

FERGUSON. — Traitement des fistules vésico-recto-vaginale. American Journal of obstric. avril 1895).

CLARKE. — Etiologie et traitement de la fistule recto-vaginale. (Journal américain med. (association 11 août 1894).

BUREAU et VIGNARD. — Traitement de la fistule recto-vaginale par le dédoublement et la suture à étages. Archives provinciales de chirurgie II, 10.

ROUTIER. — Cure d'une fistule recto-vaginale par la périnéorhaphie après échecs des procédés dits d'économie. (Bulletin de la Société de chirurgie, XVIII, p. 454.

POZZI. — Traitement des fistules recto-vaginales (Gazette hebdomadaire de Paris, 28 mai 1895).

CZEMPIN. — Fistule recto-vaginale, opération. Centrablatt für gynécologie (9 avril 1892).

LEDENTU. — Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales. (Bulletin de la Société de chirurgie : XVI, page 580.

FÉLIZET. — Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale (Annales d'obstétrique, janvier 1891).

CHEVRIER. — Thèse de Paris, 20 mars 1890).  
Traitement des fistules recto-vaginales.

SALLÉ. — Contribution à l'étude des déchirures du vagin survenant pendant le travail de l'accouchement. (Thèse de Paris 1893).

POZZI. — Traité de gynécologie.

RIBEMONT — DESSAIGNES ET LEPAGE; CHARPENTIER.  
Traité d'accouchements.

Dictionnaire encyclopédique des sciences Médicales. (Articles vagin et rectum).

---

Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,  
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
GRÉARD



